

TITOLO

SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI REGIONALI

All06Pro01

Rev.08 - 30/05/2025

Pagina 1 di 1

Rif. Norma UNI EN ISO 9001:2015

"The More You Know, the Less You Risk" - FOCUS SULL'ERRORE IN SALA OPERATORIA

EVENTO FORMATIVO N° 459721 REGIONE Lombardia

		era Nome*
Data di nascita*	Luogo di nascit	ta*Prov.*
Indirizzo*		n°
CAP*	Città*	Prov.*
Tel	Fax	Cell:
E-mail		
Codice Fiscale* //_		
Professione*	Struttura lavo	prativa/Ospedale
Il sottoscritto	in qu	nalità di partecipante all'evento ECM ID 2304 - 459721
o No. Il sottoscritto dichiara, i La scheda di iscrizione d	noltre, di non aver assolto a più di u	umbito sanitario)umbito sanitario)umbito sanitario)umbito sanitario)umbito sanitario del proprio obbligo formativo mediante reclutamento di dati, con copia dell'avvenuto pagamento al numero di
Per eventuale richiesta d	di fattura, inserire i dati nella parte s	sottostante:
Intestata		
Codice Fiscale /P.IVA		
Indirizzo –Via		n°
di conoscere le modalità di partecipi Commissione Nazionale ECM. Il so 'esclusione incondizionata dal dirit Dichiaro di essere stato infromato si del 10/08/2018 di adeguamento al R necessaria per lo svolgimento del pr	azione all'evento ai fini del conseguimento dell'a ttoscritto dichiara pertanto di essere consapevola to a conseguire le attestazioni di partecipazione s ill'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi di egolamento Europeo n° 679/2016, di dare il con	del Decreto Legislativo n.101 nsenso al loro trattamento nella misura
		//ecm.agenas.it/privacy-policy

^{*} I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori.

^{**}ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.